

UNIVERSITÉ DE PARIS  
FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

---

ANNÉE 1971

THÈSE

N° 117

POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE  
(Diplôme d'État)

par

**DERHY Jacques**

Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 15 Novembre 1942, à Meknès (Maroc).

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

---

**PRONOSTIC  
DES NÉPHROËPITHÉLIOMES.**

---

Président : Mr. KUSS, Professeur.

---

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren  
PARIS (6°)

1971



UNIVERSITÉ DE PARIS  
FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

---

ANNÉE 1971

N°

**THÈSE**

POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE  
(Diplôme d'Etat)

par

**DERHY Jacques**

Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 15 Novembre 1942, à Meknès (Maroc).

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

---

**PRONOSTIC  
DES NÉPHROÉPITHÉLIOMES.**

---

Président : Mr. KUSS, Professeur.

---

DUPUYTREN - COPY  
9, Rue Dupuytren  
PARIS (6°)

1971



A MES PARENTS

ET AMIS



A Monsieur le Professeur René KUSS

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

qui m'a fait l'honneur de  
présider cette thèse,

En témoignage de mon pro-  
fond respect et de ma  
gratitude.



A Monsieur le Professeur Agrégé CHATELAIN

avec qui nous avons entre-  
pris ce travail.

Qu'il trouve ici l'expres-  
sion de notre reconnais-  
sance et de notre attache-  
ment.



## P R O N O S T I C

DES NÉPHRO-ÉPITHÉLIOMES



## INTRODUCTION

L'évaluation du pronostic des néphro-épithéliomes est un problème aussi capital que délicat à résoudre. La conduite thérapeutique en dépend.

En effet, connaître les chances de survie de tel malade, le traitement se doit de les améliorer. Le corollaire de l'étude du pronostic est donc une meilleure connaissance de ce cancer, des indications et de la conduite thérapeutique qui demeure essentiellement chirurgicale.

Actuellement, on sait que certains symptômes sont péjoratifs, de même que certaines données biologiques et anatomo-pathologiques.

Le but de cette thèse est justement de tenter de clarifier les éléments du pronostic et, de là, codifier le traitement.

Cette étude sera ainsi menée en trois chapitres :

1- Présentation de nos résultats et ceux de la littérature.

2- Recherche et étude des éléments du pronostic.

3- Incidences diagnostiques et thérapeutiques en vue d'améliorer le pronostic.

---



## NOS CHIFFRES ET CEUX DE LA LITTÉRATURE

---

Des malades suivis dans le Service du Professeur KUSS entre 1957 et 1969 pour néphro-épithéliome, 95 dossiers ont été retenus pour étudier le pronostic de ce cancer.

De ces 95 malades, 70 ont été néphrectomisés. Les 25 autres - soit 24 % des malades - n'ont pu l'être du fait de l'importance des lésions ou d'un trop mauvais terrain.

Des 70 néphrectomisés, 43 ont pu être suivis, et des 25 non néphrectomisés, 12.

Sur le tableau n° 1, nous avons comparé la survie de ces deux lots de malades, les néphrectomisés et les non néphrectomisés, So signifiant une survie inférieure à 3 ans;  $S_3$ ,  $S_5$  et  $S_{10}$ , des survies successivement supérieures à 3, 5 et 10 ans (tableau 1).

Il apparaît tout de suite un certain nombre de remarques :

= Tous nos malades n'ayant pu être néphrectomisés sont morts dans les premiers mois ; aucun n'a dépassé six mois. Notons que leur figuration ici comme ayant été porteurs de néphro-épithéliome découle d'une très haute probabilité diagnostique de cancer du parenchyme rénal et par argument de fréquence de néphro-épithéliome. En effet, il n'y eut pas d'autopsie.

= En ce qui concerne les chiffres de survie



des malades néphrectomisés, ce tableau donne des chiffres bruts, et il faut tenir compte de certaines réserves :

a)- De la mortalité post-opératoire, survenant dans les semaines suivant l'intervention, qui est plus le fait du trauma opératoire (déficience cardio-respiratoire, un état général misérable ...) que d'une mortalité attribuable au cancer. Tel est le cas de ces trois malades décédés au 5ème, 10ème et 30ème jour après l'intervention.

b)- De même, à plus long terme, il faut tenir compte de la mortalité par maladies intercurrentes, c'est-à-dire indépendantes du cancer rénal, et ce d'autant plus qu'il s'agit de malades d'âge avancé.

Dans notre travail, cette correction est difficile à poser car, d'une part la cause réelle du décès n'est pas toujours connue, d'autre part il n'y a pas eu de nécropsie. Les auteurs scandinaves ont particulièrement bien étudié ce réajustement de la survie, compte tenu de la mortalité par maladie intercurrente. Sur les 232 malades qu'ils ont suivis (opérés et non opérés), 8 seraient morts par maladie intercurrente dans les trois ans, 11 dans les cinq ans, 20 dans les dix ans.

c)- Enfin, nous devons tenir compte de deux malades opérés trop récemment et vivant encore.

En somme, des 43 malades opérés, il n'en reste que 36 réellement propres à l'étude du fait des 3 morts dans les jours suivant leur intervention, et de 2 malades que l'insuffisance de recul risquerait de porter dans la série de survie inférieure à 3 ans.

Compte tenu de ces corrections à rapporter, nos résultats se chiffrent comme suit sur le tableau 2, sans tenir compte des morts par maladies intercurrentes qui ne peuvent être chiffrés dans notre travail (leur mise en compte améliorerait les résul-



tats.

Les statistiques faites sur un plus grand nombre de malades montrent des survies plus importantes, notamment à 5 et 10 ans. C'est ainsi qu'ARNER rapporte un chiffre de survie de 48 % à 5 ans, et de 39 % à 10 ans, chiffres tenant compte de la mortalité post-opératoire, de la mortalité par maladie intercurrente, et sur un lot de malades considérés avec le recul nécessaire pour apprécier la survie.

Tels sont les résultats obtenus avec notre thérapeutique. Il y a trop peu de malades à 5 et 10 ans pour qu'ils aient une valeur déterminante ; par contre, à 3 ans, notre contingent de malades est suffisant et nos résultats sont comparables à ceux donnés par la littérature internationale, du moins lorsque les auteurs ont tenu compte des réserves que nous avons émises ci-dessus (mortalité post-opératoire et par maladie intercurrente ...).

o

o o



| SURVIE<br>MALADES     | S <sub>0</sub> | S <sub>3</sub> | S <sub>5</sub> | S <sub>10</sub> | Nombre<br>total |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Néphrectomisés        | 22             | 21             | 13             | 3               | 43              |
| Non<br>néphrectomisés | 12             | 0              | 0              | 0               | 12              |

TABLEAU 1  
\*\*\*\*\*

SURVIE DES MALADES AYANT PU ÊTRE SUIVIS

| SURVIE<br>CORRIGÉE<br>DES MALADES | S <sub>0</sub> | S <sub>3</sub> | S <sub>5</sub> | S <sub>10</sub> | Nombre<br>total |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Néphrectomisés                    | 17<br>ou 44 %  | 21<br>ou 56 %  | 13<br>ou 34 %  | 3<br>ou 8 %     | 38              |
| Non<br>néphrectomisés             | 12             | 0              | 0              | 0               | 12              |

TABLEAU 2  
\*\*\*\*\*

SURVIE CORRIGÉE DES MALADES AYANT PU ÊTRE SUIVIS



## ETUDE ANALYTIQUE DES FACTEURS DU PRONOSTIC

Ces facteurs sont, a priori :

- symptomatiques,
- thérapeutiques,
- anatomo-pathologiques.

En effet, certains symptômes sont connus comme péjoratifs :

- . découverte à un premier examen d'une tumeur trop importante,
- . un important amaigrissement,
- . la fièvre,
- . et a fortiori s'il existe une métastase.

De même, le pronostic dépend des constatations opératoires et du caractère radical ou non du traitement chirurgical mené et peut-être des thérapeutiques adjuvantes.

Enfin, une tumeur ayant franchi la capsule rénale ou ayant une structure cellulaire anarchique est de mauvais aloi.



## I - PRONOSTIC

\*\*\*\*\*

### EN FONCTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE REVELATRICE

\*\*\*\*\*

Le pronostic du néphro-épithéliome peut être plus ou moins apprécié d'après la symptomatologie. Tout symptôme clinique est par lui-même un signe d'extension tumorale, qu'il s'agisse d'hématurie révélatrice, de douleur ou de tumeur ... et a fortiori d'une métastase révélatrice.

1)- L'hématurie est présente dans 60 % des cas, isolée ou associée à un autre symptôme.

Lorsque l'hématurie a été inaugurale, la néphrectomie a donné les meilleurs résultats :

- 64 % de ces néphrectomisés ont survécu à plus de 3 ans et 40 % à plus de 5 ans, par opposition aux chiffres de survie globaux de 56 et 34 %.

Il aurait été intéressant de rechercher un rapport entre le pronostic et l'abondance de l'hématurie ou de l'anémie résultante si celles-ci étaient notées.

2)- La douleur :

On y groupera la C.N., la sensation de pesanteur lombaire, la douleur lombaire.

Chez 25 % des malades, elle est révélatrice isolément ou avec un autre symptôme (hémorragie ou des signes généraux).

De ces malades, nous n'avons pu suivre que 9 ayant été néphrectomisés. Seulement 4 malades, soit 45 %, ont survécu plus de 3 ans et un seul 5 ans.

Autrement dit, il faut émettre quelque réserve lorsque le cancer est révélé par la douleur.



Effectivement, celle-ci laisserait supposer que la tumeur est importante jusqu'à bloquer les voies excrétrices, engendrant ainsi une C.N., ou bien devenir "pesante", ou enfin comprimer un nerf pariétal.

### 3)- La tumeur :

Dans 8 cas, soit 1 cas sur 10, elle fut révélatrice, c'est-à-dire le malade se plaignant directement d'une masse lombaire découverte par lui-même et non par l'examen clinique. Le nombre de ces derniers cas serait bien plus important.

A priori, ici aussi, la perception d'une masse est de bien mauvais aloi. Dans notre liste de malades, excepté l'un d'eux qui survit depuis 10 ans, 3 n'ont pas dépassé la deuxième année ; des 4 autres, nous n'avons aucune nouvelle.

### 4)- La fièvre :

Est révélatrice chez 15 % des malades.

Son étio-pathogénie demeure discutée :

. Infection ? Mais, dans bien des cas, des examens bactériologiques répétés sont demeurés négatifs.

. Incompatibilité immunologique entre l'hôte et la tumeur ?

Le diagnostic fut bien souvent difficile à poser :

- . grippe,
- . hémopathie,
- . collagénose.

Quoi qu'il en soit, sur le plan pronostique, nos chiffres se situent ainsi :

. Nous avons des nouvelles de 10 malades sur 15.



. De ces 10 malades :

7 ont eu une survie inférieure à 3 ans ( $S_0 = 70 \%$ ) ;  
3 ont eu une survie supérieure à 3 ans ( $S_3 = 30 \%$ ) ;  
2 ont eu une survie supérieure à 5 ans ( $S_5 = 20 \%$ ).

Ces chiffres, sous toute réserve en raison du nombre insuffisant de cas, semblent mettre en évidence que la fièvre est un symptôme péjoratif. Le retard de l'établissement du diagnostic, fréquent en cas de fièvre isolée, en serait-il responsable ?

5)- Pronostic et atteinte de l'état général.

Qu'il s'agisse d'asthénie ou d'amaigrissement, l'atteinte de l'état général a été révélatrice dans 17 cas.

Le plus souvent, elle est accompagnée d'un autre signe attirant l'attention sur l'appareil urinaire.

Quoi qu'il en soit, elle a été patente dans 16 % des cas.

Des 17 malades, 11 ont pu être suivis. De ces 11 malades, 9 (85 %) sont décédés dans l'année ; les 2 autres ont survécu 3 et 10 ans.

En conclusion, même en dehors d'un grand nombre de malades, il semble que l'atteinte de l'état général est bel et bien péjorative. Les auteurs scandinaves (ARNER), disposant d'un plus grand nombre, ont établi que l'atteinte de l'état général est significativement de mauvais pronostic.

6)- Pronostic et anurie.

L'anurie, dans le cadre des néoplasmes du rein, est un symptôme de bien sombre pronostic. Elle peut être effectivement en rapport avec :

- une thrombose néoplasique de la veine cave,
- ou un cancer sur rein unique.



- ou lorsque l'excrétion du rein adelphe est gênée (lithiase, papillome vésical, ...).

Tous les malades sont morts très vite de leur anurie, quel que soit le geste tenté, qu'il s'agisse :

- . d'une tentative de levée de la thrombose,
- . ou de néphrostomie sur le rein sain.

Deux autres cas se sont révélés au-dessus de tout geste opératoire.

#### 7)- Pronostic en fonction d'autres symptômes révélateurs.

##### a)- Protéinurie :

Son existence doit faire suspecter une atteinte de la veine rénale et, par suite, un cancer avancé du rein.

Deux cas :

= Dans un cas, c'est sa découverte à un examen systématique qui a conduit à demander l'U.I.V. et donc à découvrir le cancer qui évoluait de façon silencieuse.

La cavographie était de mauvais aloi, car montrait une empreinte sur la veine cave. En fait, il s'agissait d'une compression et non d'un envahissement.

Le résultat est bon, le malade est encore vivant huit ans après l'intervention.

= L'autre cas est moins heureux, survenant chez un malade grabataire, chez qui tout geste fut récusé car un rein était muet et l'autre montrait des signes d'hydronéphrose et par ailleurs présence de métastases ganglionnaires.

##### b)- Péritonite :

C'est par une péritonite avec des signes d'hémorragie que s'est révélé un néphro-épithéliome.



La survie fut de trois mois sans pouvoir enlever le rein.

c)- Varicocèle :

- 1 seul cas.
- Accompagné d'hématurie.
- Révélant un néphro-épithéliome gauche.

La survie fut de 4 ans, malgré un retard de diagnostic de deux ans.

8)- Le pronostic des néos révélés par une métastase.

Chez 6 malades, la métastase fut révélatrice du cancer.

- Dans 3 cas (6 % des cas), la métastase osseuse est révélatrice :

. 2 fois, fracture de l'humérus ; la survie du cas opéré comme celle du non opéré est inconnue.

- . 1 cas de tumeur costale révélatrice :  
Survie après néphrectomie : 3 ans.  
C'est le cas le plus heureux.

- Dans 2 cas, tumeurs cérébrales :

La survie du néphrectomisé comme celui n'ayant pu l'être est inconnue.

- Enfin, 1 cas de tumeur pulmonaire.

La néphrectomie n'a pu être faite, car on fit la découverte d'autres métastases.

Survie : 5 mois.

9)- Pronostic et retard du diagnostic par rapport au premier symptôme clinique.

- Dans 50 % des cas, un retard de diagnostic a été noté.

- Mais c'est seulement dans 24 cas que la



survie a été en même temps chiffrée (Tableau 3) :

- . Dans 6 cas, le retard de diagnostic fut inférieur à 3 mois. La survie est extrêmement faible, inférieure à un an dans tous les cas.

- . 10 cas avec un retard de diagnostic variant de 3 mois à un an. La durée de survie fut sensiblement, dans 4 cas, supérieure à 3 ans.

- . 4 cas avec un retard de diagnostic allant de 12 à 24 mois, 2 fois sur 4 la survie fut supérieure à 3 ans.

- . Enfin, 4 cas également de retard de diagnostic supérieur à 24 mois. La survie de ces 4 cas est supérieure à 5 ans.

Il s'agit là de chiffres assez curieux, car il ressort à l'évidence de cette étude que les cancers vus tardivement ont connu les meilleurs résultats opératoires.

Ceci semble indiquer que les cancers vus avec autant de retard seraient des cancers peu évolutifs, ne se traduisant pendant longtemps que par quelques épisodes pathologiques fugaces, attirant peu l'attention du malade et même du médecin. Ces cancers peu évolutifs donneraient effectivement les meilleurs résultats, mais l'on conçoit que ceux-ci seraient d'autant meilleurs qu'ils auraient été diagnostiqués précocement.

En somme, de nos dossiers, plus que la précocité du diagnostic, ce qui prime c'est l'allure évolutive du cancer. Or, sur celle-ci, nous n'avons aucune action, alors que nous pouvons agir sur la précocité du diagnostic.

L'adage d'un diagnostic précoce, s'il n'est pas ici vérifiable, car probablement dissimulé par l'importance plus grande de l'évolutivité du cancer, doit être soutenu quelle que soit l'allure évolutive : la population cellulaire étant moins importante au début de la maladie.



| RETARD<br>au<br>DIAGNOSTIC \ SURVIE | NOMBRE DE<br>MALADES | < 3 ans | ≥ 3 ans | > 5 ans |
|-------------------------------------|----------------------|---------|---------|---------|
| 0-3 mois                            | 6 malades            | 100 %   | 0 %     | 0 %     |
| 3-12 mois                           | 10 malades           | 60 %    | 40 %    | 30 %    |
| 12-24 mois                          | 4 malades            | 50 %    | 50 %    | 25 %    |
| 24 mois                             | 4 malades            | 0 %     | 150 %   | 75 %    |

TABLEAU 3  
\*\*\*\*\*

SURVIE DES MALADES NÉPHRECTOMISÉS  
EN FONCTION DU RETARD AU DIAGNOSTIC

o

■ o

Nous avons ainsi établi une étude analytique du pronostic en fonction des signes révélateurs que le tableau 4 récapitule.

Nous retenons ainsi :

- Si l'hématurie est un des signes les moins péjoratifs,

- Par contre, la douleur, la tumeur, la fièvre sont de mauvais aloi.

- Il en est encore plus de l'atteinte de l'état général ; et l'anurie inaugurale annonce une fin très proche. Le néphro-épithéliome révélé par une métastase ne permet quelque survie qu'assez rarement.

En ce qui concerne le délai de retard du diagnostic, les chiffres semblent orientés plus vers une



différence d'évolutivité du cancer, plutôt que vers la rapidité du diagnostic. D'autres auteurs (ARNER) confirment l'absence de rapport entre le pronostic et le délai d'établissement du diagnostic.

Avec le même esprit analytique, nous envisageons l'étude du pronostic en fonction des résultats des examens complémentaires, biologiques et radiologiques.

| SIGNE REVELATEUR        | FREQUENCE | NOMBRE DE MALADES | S <sub>3</sub> | S <sub>5</sub> |
|-------------------------|-----------|-------------------|----------------|----------------|
| Hématurie               | 63 %      | 25                | 64 %           | 40 %           |
| Douleur                 | 25 %      | 9                 | 45 %           | 9 %            |
| Tumeur                  | 9 %       | 4                 | 25 %           | 25 %           |
| Fièvre                  | 16 %      | 10                | 30 %           | 20 %           |
| Altération état général | 18 %      | 11                | 20 %           | 20 %           |
| Anurie                  | 4 %       | 4                 | 0 %            | 0 %            |
| Albuminurie             | 2 %       | 2                 | 50 %           | 50 %           |
| Péritonite              | 1 %       | 1                 | 0 %            | 0 %            |
| Varicocèle              | 1 %       | 1                 | 100 %          | 0 %            |
| Métastases              | 6 %       | 2                 | 50 %           | 0 %            |

TABLEAU 4  
\*\*\*\*\*

TABLEAU RECAPITULATIF METTANT EN EVIDENCE  
LA DUREE DE SURVIE CHEZ LES MALADES NEPHRECTOMISES  
EN FONCTION DU SYMPTOME REVELATEUR.



## II - PRONOSTIC \*\*\*\*\* EN FONCTION DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES \*\*\*\*\*

### 1)- BIOLOGIQUES.

= En premier, le pronostic en fonction de la V.S..

Dans 22 cas, le chiffre de la V.S. a été rapporté (tableau 5).

- Dans 3 cas, la V.S. à la première heure est inférieure à 20.

De ces 3 cas, 2 malades ont une survie connue : elle est supérieure à 5 ans.

- Dans 5 cas, la V.S. est supérieure ou égale à 20.

De ces 5 cas, 3 malades ont survécu à plus de 5 ans.

- Enfin, dans 14 cas, la V.S. dépasse 80 (63 % des cas).

De ces 14 cas, on connaît la survie de 100 malades : 2 seulement ont survécu à plus de 5 ans.

Ces chiffres vérifient ce que d'autres auteurs ont statistiquement prouvé : aux séries de V.S. accélérée correspondent celles de grande malignité (ARNER) et donc une survie d'autant plus courte.

| SURVIE<br>V.S. A LA<br>1ère HEURE | S <sub>3</sub> | S <sub>5</sub> | NOMBRE<br>DE<br>MALADES |
|-----------------------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| < 20                              | 100 %          | 100 %          | 20                      |
| 20 - 80                           | 60 %           | 60 %           | 5                       |
| > 80                              | 30 %           | 20 %           | 10                      |

TABLEAU 5  
\*\*\*\*\*  
SURVIE ET V.S.



### = Le rôle de l'anémie.

Par anémie, on y a inclus les chiffres globulaires égaux ou inférieurs à 70 % des chiffres normaux.

Si, entre la malignité et l'anémie, on n'a pu établir de corrélation, par contre son existence semble écourter la survie. D'après ARNER, les calculs statistiques en sont très significatifs ( $p < 0,001$ ) : chez 53 malades (sur 197), la survie à 5 ans en cas d'anémie fut de 28 % ; chez les autres malades non anémiés, elle fut de 56 %. En conséquence, on peut affirmer que l'existence d'une anémie est de mauvais pronostic.

D'autres examens biologiques font l'objet d'études plus récentes : la morphologie d'une courbe d'électrophorèse protidique, la fibrinémie, le dosage de la lactico-déshydrogénase dans les urines ...

## 2)- LE PRONOSTIC ET LES PARTICULARITÉS RADIOLOGIQUES.

### a).- Urographie.

Le rein s'est révélé muet chez 15 malades.

De ces 15 cas :

- 7 n'ont pu être suivis ;
- chez les 8 restants :
  - . 3 ont eu une survie nulle,
  - . 5 une survie inférieure à 3 ans,
  - . 3 une survie supérieure à 3 ans.

Tirer des conclusions sur ces chiffres semble trop hâtif, mais a priori le pronostic n'est pas forcément mauvais en cas de rein muet.

Anatomiquement cependant, et en fonction de nos dossiers, il s'agit habituellement de tumeur polaire inférieure ou envahissant le pôle inférieur,



et venant comprimer l'uretère. C'est ce que l'on voit notamment à l'U.P.R.. Ou bien il s'agit d'une tumeur ayant une croissance parenchymateuse bigarrée venant d'une manière ou d'une autre obstruer le bassinet. Ailleurs, c'est une thrombose de la veine rénale. Dans tous ces cas, la tumeur est avancée, ce qui explique que nos résultats tardifs sont moins bons que chez les autres malades.

Notons que, 5 fois sur 15, la néphrectomie n'a pu être faite du fait de :

- métastases ganglionnaires,
- refus du malade,
- échec de thrombectomie en cas de thrombose cave,
- état général trop atteint,
- hydronéphrose contro-latérale.

Dans les autres cas, la néphrectomie a été prévue et a été possible.

Techniquement, dans la majorité des cas, la survie est relativement honnête. (Des 10 malades opérés, 3 ont survécu à 4, 6 et 7 ans).

#### b)- Angiographie.

Chez quelques malades, nous avons pratiqué une artériographie, une cavographie, ou les deux examens.

Le nombre de cas n'est pas assez important dans notre travail pour tirer un enseignement.

Dans la littérature, ARNER a fait le bilan de ces examens.

Sur le plan diagnostique, l'artériographie sélective précédée d'une aortographie donnerait les renseignements nécessaires et suffisants pour le diagnostic et peut-être une appréciation pronostique.

\* L'aortographie sert à préciser la morphologie artérielle globale des artères rénales, mésentériques,



coeliaques, l'existence éventuelle de métastases ganglionnaires ou viscérales. Certes, on peut avoir ainsi déjà posé le diagnostic de néphro-épithéliome et d'autres éléments intéressants, tels que des métastases ; mais le chevauchement des images de l'aortographie peut rendre la lecture difficile. Aussi, ayant déterminé la ou les artères rénales, on fait suivre l'aortographie d'une artériographie sélective qui, de la même manière :

- . a un intérêt diagnostique,
- . d'autre part, un intérêt pronostique sur :
  - l'étendue et l'importance des lésions,
  - l'existence au temps veineux d'une thrombose veineuse rénale.

\* Certes, la cavographie peut donner le même renseignement (images de paracanthoses inversées), ou la phlebographie sélective, mais celles-ci risquent de détacher un bourgeon néoplasique. D'autre part, d'autres signes diagnostiques et pronostiques échappent à ces examens, tels que la vascularisation tumorale, péri-tumorale, péri-rénale et le réseau anastomotique péri-rénal, pathologique quand il est trop important.

\* Les auteurs scandinaves (ARNER) ont pratiqué l'artériographie sélective chez 21 malades. Dans dix cas, le diagnostic d'artériographie de thrombose veineuse rénale a été vérifié anatomiquement à chaque fois (100 % de résultats vérifiés et réciproquement aucun faux positif), qu'il s'agisse de thrombose complète ou de thrombose incomplète, ce dernier cas étant le plus intéressant car il peut échapper à la cavographie et au chirurgien en l'absence d'angiographie.

\* En somme, des examens angiographiques on préférera l'artériographie sélective précédée d'une aortographie dans le même temps. Cette artériographie a un double intérêt, diagnostique et pronostique, et par ailleurs opératoire.



### c)- Scintigraphie.

Dans le domaine du cancer, celle-ci ne semble pas actuellement intéressante. Sur le plan diagnostique, elle révèle une lacune, par ailleurs visible sur d'autres examens moins onéreux et moins longs à obtenir ; sur le plan pronostique, elle renseigne certes sur l'autre rein, mais les examens habituels tels que l'U.I.V. semblent en donner autant.

Tel est l'enseignement pronostique fourni par certains examens biologiques et radiologiques.

Avant de clore cette étude analytique des éléments du pronostic, il importe d'étudier la signification pronostique du néphro-épithéliome qui est déjà accompagné, avant tout traitement, de métastases, de même qu'il importe de savoir le retentissement pronostique de l'âge et du sexe.



### III - PRONOSTIC \*\*\*\*\* DES NEPHRO-EPITHELIOMES AYANT METASTASE. \*\*\*\*\*

Que la métastase soit révélatrice du néphro-épithéliome ou découverte dans la réalisation du bilan pré-opératoire;

= Chez un malade sur 4, le néphro-épithéliome est accompagné d'une métastase avant toute thérapeutique (24 cas sur 96).

= La néphrectomie a été pratiquée dans la moitié des cas (12 cas sur 24) et souvent parce que le diagnostic de la métastase n'a pas été fait.

C'est le cas, par exemple, de certains lâchers de ballon pulmonaires dont le diagnostic n'est facile que rétrospectivement, car le contraste ou la dimension des images pathologiques n'étaient pas discernables sur les clichés pré-opératoires. Peut-être que des tomographies pulmonaires systématiques auraient facilité alors leur diagnostic.

Le pronostic du néphro-épithéliome avec métastase est dans l'ensemble désastreux et équivaut à l'évolution spontanée : la survie n'est que de quelques semaines à quelques mois.

= Un porteur de néphro-épithéliome sur 10 présente d'emblée une métastase pulmonaire avant l'intervention. Cette métastase pulmonaire est plus ou moins rapidement évolutive. Un seul malade sur 6 a pu survivre 2 ans après la néphrectomie.

Le poumon est en effet l'organe le plus menacé par la métastase.

= Viennent ensuite, dans la même proportion, le squelette et l'appareil neurologique. Quatre cas sur vingt-quatre de chaque sorte.

Quelles que soient les tentatives opératoires



sur ces métastases osseuses ou neurologiques, le pronostic est désastreux.

Le meilleur cas fut celui du néphro-épithéliome avec métastase costale. La néphrectomie avec résection costale a permis ici une survie de 3 ans.

= Certes, dans la littérature, on découvre des cas de survie très intéressante où la néphrectomie fut suivie inlassablement d'une chasse aux métastases. Il ne s'agit là cependant que de quelques cas particuliers, en rapport avec le terrain, l'évolutivité du cancer, le nombre et le site des métastases.

Un mot enfin sur ces cas de néphro-épithéliome avec métastases où la néphrectomie a été suivie d'une régression des métastases. Il existe ainsi une trentaine de cas publiés avec d'importantes preuves graphiques et histologiques. Si aucune explication n'est actuellement possible, le corollaire en serait d'être large dans les indications opératoires, celle de l'exérèse de la tumeur-mère dans le cadre du néphro-épithéliome.

= En somme, 25 % des malades sont porteurs déjà de métastases cliniquement évidentes, soit 25 % sont bien souvent au-dessus de toute thérapeutique.

o

o o



#### IV - LE PRONOSTIC EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE. \*\*\*\*\*

##### a)- L'âge.

Un peu plus de la moitié des malades sont d'un âge se situant entre 50 et 70 ans.

C'est à cet âge que le cancer semble le moins mauvais.

Avant la cinquantaine, le néphro-épithéliome semble revêtir une évolution rapide. Après 70 ans, le peu de survie semble devoir être rattaché à la précarité du terrain.

N'empêche que, quel que soit l'âge, en pensant notamment au vieillard, il faut opérer. Sans intervention, la survie n'a jamais dépassé quelques mois, alors que par l'intervention, on a enregistré quelques bons résultats. Tel ce malade de 82 ans qui survit encore, 8 ans après son intervention.

##### b)- Pronostic et sexe.

Presque toutes les statistiques révèlent une nette prédominance du néphro-épithéliome chez l'homme.

C'est le cas également de notre statistique : 57 hommes et 39 femmes, soit une proportion de 3 hommes pour 2 femmes.

Une intéressante observation a été faite par les auteurs scandinaves (ARNER), considérant le degré histologique de malignité et le sexe.

Les hommes, non seulement sont plus nombreux à contracter ce cancer, mais en plus c'est chez les hommes que le cancer revêt volontiers un degré de malignité élevé.



## V - PRONOSTIC ET TRAITEMENT CHIRURGICAL DU N.E..

\*\*\*\*\*

Le traitement du néphro-épithéliome est, actuellement encore, essentiellement chirurgical. A ce traitement est parfois adjointe une radio- ou une chimiothérapie.

En ce qui concerne le traitement chirurgical, deux chapitres sont à envisager :

- 1<sup>er</sup> un sur le protocole opératoire,
- 1<sup>er</sup> autre envisageant le pronostic en fonction des constatations opératoires.

### 1)- LE PROTOCOLE OPÉRATOIRE DOIT COMPRENDRE :

- un bilan pré-opératoire, guidant
- le choix de la voie d'abord,
- et l'exérèse des lésions.

#### a)- Le bilan pré-opératoire.

Il est ici envisagé pour rappeler la nécessité de l'artériographie. Nous avons vu son intérêt diagnostique et pronostique par la mise en évidence des lésions, par la recherche d'un envahissement veineux, de même que sur le plan opératoire elle précise les pédicules, notamment la position et le nombre des artères.

Il n'est pas prudent de s'en dispenser pour avoir éventuellement à improviser dans des conditions qui peuvent être rapidement dramatiques.

#### b)- La voie d'abord.

La voie d'abord mérite d'être étudiée en fonction de chaque cas.

Certes, dans le Service, elle fut exclusive-



ment de deux types :

- lombaire, extra-péritonéale,
- antérieure, type Barraya ou Quénu, trans-péritonéale.

La lombotomie est pratiquée dans le lit et le prolongement de la 12ème, ou bien de la 11ème côte, selon la morphologie du sujet, la situation du rein, la localisation du cancer. Dans tous les cas, respect du péritoine et de la plèvre.

La voie d'abord antérieure est de type Barraya ou Quénu, se prêtant au besoin à la possibilité d'être prolongée en thoraco-phréno-laparotomie. Cet agrandissement, en fait, n'a jamais été nécessaire dans nos cas.

L'une et l'autre voie ont été menées à égalité, chaque chirurgien ayant gardé ses habitudes et à vrai dire quels que soient le siège et l'importance de la tumeur.

Du point de vue opératoire, l'exposition des lésions a paru, dans les deux cas, suffisante. Aucun ennui particulier n'a été signalé. Il faut bien avouer que de nombreux auteurs - français et étrangers - utilisent et continuent d'utiliser ces voies d'abord.

Cependant, le problème de la voie d'abord n'est pas résolu, et celle-ci doit répondre à certains principes carcinologiques :

- abord premier des vaisseaux,
- exérèse du maximum des lésions, extra et éventuellement intra-péritonéales,
- possibilité enfin de contrôler la veine cave inférieure.

A la lombotomie, on peut faire la critique de ne pas mener directement sur le pédicule rénal sans avoir abordé au préalable la loge lombaire et l'hy-



pervascularisation péri-tumorale. D'autre part, on ne peut se dispenser d'ouvrir le péritoine pour rechercher une métastase enlevable. Enfin, si à droite on peut contrôler quelque peu la veine cave inférieure, à gauche cela semble impossible.

A la voie antérieure, type Barraya, on peut faire également des reproches :

- A droite, on contrôle bien la V.C.I., mais il faut que le thrombus ne remonte pas trop haut.

- A gauche, le contrôle de la V.C.I., s'il est possible, demandera très probablement un délabrement important de la paroi.

- Enfin, à gauche, cette voie n'est pas aisée si l'artère rénale naît trop haut.

Pour ces raisons, la voie d'abord la plus appropriée semble être la thoraco-phréno-laparotomie. Elle expose au mieux toutes les lésions ; elle permet de contrôler les vaisseaux, quoique si l'un est à gauche il faut se prolonger très à droite sur la paroi abdominale.

Son principal défaut est qu'elle est délabrante. L'éviter, si possible, lorsque les épreuves respiratoires sont déficientes et chez le vieillard, car elle allonge notablement l'intervention.

En définitive, grâce aux angiographies, qui rendent compte des pédicules et des lésions, et en fonction de l'état général, on peut choisir assez facilement le type de voie d'abord :

- Une voie antérieure est excellente à droite si la tumeur n'est pas importante et l'envahissement réno-cave pas trop étendu. A gauche, elle est possible pour une tumeur polaire inférieure et lorsque l'artère rénale ne naît pas trop haut.

- La lombotomie est rapide; elle est à adopter en cas de petite tumeur chez le vieillard.

- La thoraco-phréno-laparotomie permet l'exé-



rèse carcinologiquement la meilleure. Elle est obligatoire en cas de grosse tumeur ou d'un important envahissement réno-cave.

c)- L'exérèse des lésions néoplasiques.

Si, habituellement, la lésion est intra-fasciale, demeurant enclose dans la loge, dans certains cas la lésion envahit le fascia, les mésos et les organes adjacents - surrénales, mésocolon, colon, pancréas, diaphragme, foie ... De même, dans bien des cas, les ganglions réno-aortico-caves sont envahis, enfin les veines exo-rénales, la veine rénale, la veine cave.

L'exérèse consiste en une néphrectomie élargie avec ligature première des vaisseaux, artère d'abord, veine ensuite. Section le plus loin possible du réseau collatéral veineux péri-rénal, particulièrement développé du fait de la tumeur. En ce qui concerne les ganglions, pour certains (WAHLQUIST et coll.), il faut pratiquer une lymphadénectomie très poussée, latéro-cave et latéro-aortique, depuis la bifurcation iliaque jusqu'aux orifices diaphragmatiques ; pour d'autres (DENOIX), seule une ablation des ganglions envahis est justifiée, guidée par des examens histologiques extemporanés ; le respect des ganglions non envahis renforcerait les défenses de l'organisme contre la diffusion du cancer.

De nos 74 malades opérés, 5 malades - soit 7 % environ des cas - après exploration n'ont pu être néphrectomisés, du fait de l'importance des lésions ou de l'existence de métastases abdominales trop importantes (métastases hépatiques).

Dans 7 cas, on s'est trouvé devant un envahissement des gros troncs veineux, ayant nécessité :

- une phlébotomie cave ou rénale pour extraire le thrombus ;

- une ligature de la veine rénale envahie, au contact de la veine cave inférieure ;



- ailleurs, une résection de la paroi veineuse cave, suivie d'un patch.

Enfin, en ce qui concerne les ganglions, à chaque fois qu'il a été possible, les ganglions atteints ont été enlevés, de même qu'on procédait à l'ablation de toute l'atmosphère cellulo-graisseuse rétro-péritonéale.

Parmi les organes adjacents le plus souvent envahis, ce sont les parois de la loge (péritoine pariétal, mésocolon, paroi postérieure) et la surrenale adjacente. Leur ablation est aisée.

## 2)- PRONOSTIC ET CONSTATATIONS PER-OPÉRATOIRES.

Au terme de l'intervention, le pronostic se précise en fonction des lésions découvertes et de ce qui a pu être retiré.

En cas de métastases viscérales abdominales, notamment hépatiques, l'évolution est rapide.

En cas d'envahissement ganglionnaire, la survie semble d'autant plus compromise qu'un grand nombre de ganglions sont atteints.

Dans 3 cas, d'envahissement veineux découvert et traité au cours de l'intervention, la survie, si elle a été nulle dans 1 cas, a été supérieure à 10 ans dans les 2 autres cas.

Lorsque les lésions ont dépassé la loge rénale, la survie n'a pas dépassé un an.

Nous ne pouvons tirer ici de conclusions, car les découvertes opératoires n'ont pas toujours été décrites, de même que l'étude macroscopique des pièces retirées fait souvent défaut.

Le tableau 6 reproduit la survie en fonction des lésions quand elles ont été signalées par le chi-



urgien et chez les malades ayant pu être suivis.

Tel est le traitement chirurgical au cours duquel le pronostic se précise. Celui-ci n'est, en fait, établi que par l'étude anatomo-pathologique.

| ENVAHISSEMENT<br>LOGE | ENVAHISS. <sup>t</sup><br>GANGLION. | ENVAHISS. <sup>t</sup><br>VEINEUX | MÉTAS-<br>TASES | SURVIE |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|--------|
| Paroi                 |                                     |                                   | 1               |        |
| Mésocolon             |                                     |                                   | 1               |        |
| Mésocolon             |                                     |                                   | 0               |        |
| Diaphragme            |                                     |                                   | 1               |        |
|                       | +                                   |                                   | 3               |        |
|                       | ++                                  |                                   | 8               |        |
|                       | +++                                 |                                   | 0               |        |
|                       |                                     | VCI                               |                 | 0      |
|                       |                                     | VR                                |                 | 9      |
|                       |                                     | VCI                               |                 | 10     |
|                       |                                     |                                   | Foie II         | 0      |
|                       |                                     |                                   | Foie II         | 0      |

TABEAU 6  
\*\*\*\*\*

SURVIE EN FONCTION DES DECES OPERATOIRES.



## VI - PRONOSTIC ET LÉSIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

De nombreux auteurs ont essayé d'établir un stade ou un degré de malignité dans le cadre des néphro-épithéliomes.

C'est ainsi que RICHES décrit 5 stades de malignité :

- Stade I : tumeur encapsulée ou pseudo-encapsulée.
- Stade II : la tumeur a effondré sa capsule, mais elle est intra-rénale.
- Stade III : envahissement extra-rénal ou pédiculaire.
- Stade IV : envahissement ganglionnaire ou de la veine rénale.
- Stade V : métastases à distance.

En ce qui concerne notre Service, et selon la classification de RICHES, le tableau 7 résume nos résultats.

| STADE | NOMBRE DE MALADES | SURVIE A 3 ANS |
|-------|-------------------|----------------|
| I     | 2                 | 1              |
| II    | 6                 | 3              |
| III   | 10                | 3              |
| IV    | 15                | 9              |
| V     | 11                | 3              |

TABLEAU 7

SELON RICHES



Il en sort, à l'évidence, que les malades du stade IV ne connaissent pas, dans notre série, un si mauvais pronostic que le veut la classification de RICHES.

En effet, de ces 15 malades, 10 sont au stade IV du fait d'un envahissement veineux. De ces 10 malades, 6 ont survécu à 3 ans et même mieux pour cette série, à 5 ans.

L'explication semble être donnée par le fait que telle thrombose compliquant une tumeur relativement différenciée et bien limitée (de stade I) ne saurait être mise a priori au même rang pronostique qu'une thrombose compliquant une tumeur anarchique, ayant franchi la capsule rénale (de stade III).

Mais d'autres classifications, tenant compte essentiellement des caractères de malignité de la tumeur-mère, tendent à révéler que la thrombose vasculaire, si elle se trouve plus volontiers aux degrés de malignité élevée, ne joue pas comme un facteur péjoratif supplémentaire.

Il en est ainsi de la classification d'ARNER, qui distingue trois degrés, le second numériquement comptant trop de malades ayant été scindé en deux :

- 1er degré : tumeur très différenciée, très bien délimitée ;
- 2me degré : tumeur modérément différenciée, bien circonscrite (II A),  
ou mal circonscrite, mais sans infiltration diffuse (II B).
- 3me degré : tumeur peu différenciée, avec envahissement marqué.

Cette classification ne tient compte ni d'un éventuel envahissement veineux, ni d'éventuelles métastases ganglionnaires ou viscérales. C'est son défaut ; cependant, ARNER a mis en exergue le fait que la thrombose vasculaire, si c'est une complication en soi, n'en ajoute pas en gravité à un cancer



rénal donné.

Qu'il s'agisse de la classification de Sir RICHES ou d'ARNER, des critiques peuvent être formulées. C'est pourquoi il est intéressant de grouper toutes les constatations anatomo-chirurgicales et histologiques pour aboutir à un diagnostic très approché de la gravité. Si ARNER, en considérant uniquement le caractère de la différenciation avec celui de la délimitation, arrive à un classement pronostique, il a retenu d'autres éléments non moins importants tels que :

- Taille de la tumeur
- Polymorphisme structural
- Fréquence des mitoses
- Envahissement du bassinet
- Envahissement des capillaires ou de la veine rénale.

#### Taille de la tumeur :

Moins de 7 cm, la survie à 5 ans est de 70 %.  
Entre 7 et 15 cm, elle est de 40 % ; au-dessus de 15 cm, elle est de 30 %.

Ces chiffres sont statistiquement significatifs ( $p \leq 0,1 \%$ ).

#### La délimitation tumorale :

Si, macroscopiquement, on peut se faire une idée, microscopiquement la délimitation pose moins de problèmes, et la survie est significativement différente ( $p \leq 0,1 \%$ ) :  $S_5$  est de 61 % en cas de tumeur bien délimitée, de 31 %<sup>5</sup> si mal délimitée.

#### La différenciation :

En cas de tumeur hautement différenciée,  $S_5$  est de 82 % ; modérément différenciée,  $S_5$  est de 50 % ; enfin, peu différenciée,  $S_5$  est de 15 %.

La délimitation de ces groupes est statistiquement acceptable.



Polymorphisme :

Léger,  $S_5$  est de 65 %.

Modéré,  $S_5$  est de 38 %.

Enfin, en cas de tumeur très polymorphe,  $S_5$  est de 33 %.

C'est seulement entre le premier et les deux derniers groupes, considérés séparément ou ensemble, que c'est statistiquement significatif.

La fréquence des mitoses :

Peu nombreuses,  $S_5$  est de 56 %.

Nombreuses,  $S_5$  est de 30 %.

C'est significatif ( $p \leq 1$  %).

Envahissement de la veine rénale :

En son absence,  $S_5$  est de 58 %.

Lorsqu'elle existe,  $S_5$  est de 35 %.

La différence est significative ( $p \leq 1$  %).

Il en est de même si l'on considère les vaisseaux capillaires.

Enfin, l'envahissement du bassinet s'est révélé presque péjoratif ( $p \leq 5$  %).

Tels sont les éléments anatomo-pathologiques, qui sont les éléments les plus importants pour approcher le diagnostic de la gravité en matière de néphro-épithéliome.

Nous avons vu qu'aucune classification n'est parfaite, et il importe de connaître la signification pronostique de chaque caractère morphologique ou histologique.

C'est de leur confrontation conjointe à celle des éléments cliniques et paracliniques que le pronostic est au mieux apprécié.



## VII - PRONOSTIC ET THERAPEUTIQUES ADJUVANTES. \*\*\*\*\*

Le néphro-épithéliome a la réputation d'être radio-résistant, contrairement à certaines tumeurs dysgénétiques (néphroblastome, sarcome).

Aussi la radiothérapie est-elle peu utilisée et ses effets sont plutôt mal connus dans le cadre du néphro-épithéliome.

= L'irradiation pré-opératoire mérite pourtant d'être envisagée ; sous forme de radiothérapie conventionnelle ou actuellement sous forme de cobaltothérapie, elle vise essentiellement l'opérabilité de la tumeur. Elle diminuerait le risque d'essaimage cellulaire per-opératoire, l'œdème, les adhérences, le calibre des veines périphériques dilatées. En somme, la tumeur diminue de volume, devient plus facilement clivable. Certaines tumeurs ayant été inopérables à une première tentative chirurgicale ont pu être enlevées après une radiothérapie pré-opératoire.

La technique et la dose varient. 3 à 4.000 rad. pour certaines en plusieurs séances, retardant l'intervention de 3 à 4 semaines ; 2.000 rad. pour d'autres en 2 ou 3 séances, ou enfin une seule dose de 850 rad. (flash) la veille de l'intervention.

Les doses fortes et étalées permettraient d'obtenir l'opérabilité des grosses tumeurs. Une dose moins importante et concentrée sera bénéfique pour les petites tumeurs.

= L'irradiation post-opératoire est diversement appréciée. Pour certains, la radiothérapie conventionnelle a un apport nul (ARNER) ; pour d'autres, elle serait appréciable.

Quoi qu'il en soit, elle est volontiers utili-



sée en cas d'exérèse insuffisante et pour les métastases.

L'association de l'irradiation pré- et post-opératoire associerait les intérêts chirurgicaux et carcinologiques. C'est sans doute la meilleure solution pour les tumeurs anatomiquement évoluées.

Leur effet est extrêmement difficile à apprécier. Les meilleurs critères semblent l'action sur la régression tumorale et des métastases.

### = La chimiothérapie :

Une importante étude a été réalisée par WOODRUFF et coll.. Sur 270 cas de traitement chimique, il obtint 30 réponses objectives :

- 7 sur 79 essais des alkylants,
- 11 pour 83 essais des antimétabolites,
- Surtout 5 réponses objectives, spectaculaires, sur 27 cas essayés, avec les androgènes. On connaît l'action de ceux-ci sur les cancers rénaux induits chez le hamster pour les oestrogènes.

Quoi qu'il en soit, ces drogues sont toxiques; un procédé est à retenir, celui de leur apport direct intra-artériel, par un cathéter amené dans l'artère rénale par voie fémorale ou scapulaire. Cela permet d'obtenir une bonne concentration chimique, entraînant la nécrose de la tumeur.

Et dans les tumeurs inextirpables, n'y aurait-il pas lieu d'additionner une radiothérapie de la loge rénale ? Cependant, les observations ne sont pas assez nombreuses et les techniques encore à l'étude pour pouvoir mettre nettement en exergue l'amélioration du pronostic par la physio ou la chimiothérapie.

o o

Tels sont, étudiés analytiquement, les éléments du pronostic des néphro-épithéliomes, qui sont aussi bien cliniques que thérapeutiques.



## INCIDENCES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

et l'éducation

Pour améliorer le pronostic, on peut agir de deux manières, diagnostique et pronostique.

### 1- Diagnostic : Précocité du diagnostic.

Pour cela, si on peut agir difficilement sur l'éducation du malade, à venir consulter tôt, au moindre signe anormal, on peut par contre rappeler aux médecins que, dans près de la moitié des cas, le diagnostic a été erroné à la première consultation. Une étude faite par ARNER et coll. révèle curieusement que, devant l'hématurie, dans 42 % des cas, le diagnostic de cancer du rein n'a pas été envisagé ; il en a été de même dans 46 % des cas de douleur lombaire, et 50 % lorsque la maladie s'est révélée par une cystite ou une infection urinaire...

Devant de telles lacunes, il faut croire que le diagnostic est difficile devant cette maladie de révélation capricieuse et multisymptomatique. L'urographie, dans de nombreux cas, n'a pas été demandée ou a été mal interprétée. Faut-il rappeler la séméiologie élémentaire : l'amputation des calices, ou leur compression, leur étirement, leur écartèlement, ou leur désorientation ?

Savoir que multiplier les examens, telle l'artériographie, la scintigraphie, ..., si parfois ils peuvent aider au diagnostic, dans de nombreux cas ils plongent encore plus dans l'incertitude. Un rein cliniquement et urographiquement suspect de l'adulte doit être exploré chirurgicalement, nécessitant depuis



la néphrectomie partielle de la zone suspecte jusqu'à la grande néphrotomie avec une étude histologique extemporanée. Il ne saurait être question de laisser le diagnostic en suspens : ne jamais "reporter le malade à six mois" devant des lésions urographiques qui n'emportent pas la conviction, mais les explorer chirurgicalement.

## 2- Sur le plan thérapeutique :

Le diagnostic étant fait, comme il s'agit de malades âgés et bien souvent en mauvais état général, il faut se donner quelques jours de délai pour les désinfecter, les rééquilibrer sur le plan globulaire, électrolytique et protidique, de même que sur le plan cardio-respiratoire.

N'oublions pas que ces déséquilibres sont en grande partie responsables des décès post-opératoires immédiats (8 % des cas, d'après ARNER).

Sur le plan opératoire proprement dit, autant que possible des voies d'abord larges permettant l'exploration de toute la cavité abdominale, du rein opposé, des pédicules rénaux, de la V.C.I., des ganglions.

Cette chirurgie peut être encadrée de radiothérapie, voire de chimiothérapie.

---



## R É S U M É      E T      C O N C L U S I O N S

---

Des malades suivis dans le Service du Pr. KUSS pour néphro-épithéliome, 95 ont été retenus pour étudier le pronostic de ce cancer.

25 % de ces malades n'ont pu être néphrectomisés ; ils sont tous morts en moins de six mois.

De ceux qui ont pu être néphrectomisés, 56 % ont survécu plus de 3 ans, et 34 % plus de 5 ans.

L'évaluation du pronostic, si elle peut être approchée par l'étude des signes cliniques et des examens complémentaires, si elle dépend du traitement mené, repose en fait essentiellement sur les constatations opératoires et l'étude anatomo-pathologique de la pièce.

Des signes cliniques péjoratifs, nous retiendrons : la douleur, la tumeur, la fièvre, l'altération de l'état général. L'anurie est en soi un mode de terminaison. Le cancer révélé par une métastase ne connaît que peu d'espoir thérapeutique.

Les cancers tardivement diagnostiqués ne sont pas forcément mauvais. Ceci laisserait supposer que l'allure évolutive est plus importante que la précocité du diagnostic.

Enfin, il a été établi qu'aux vitesses de sédimentation accélérée correspond un degré de malignité



élevé .

Les explorations radiologiques donnent également un aperçu du pronostic d'après l'extension des lésions. Retenons cependant qu'un rein urographiquement muet ne semble pas obligatoirement péjoratif.

Le traitement chirurgical est encore pratiquement notre seule ressource contre ce cancer. C'est dire combien il doit être soigneux, mené par une voie d'abord large, permettant un agrandissement vers le thorax en cas de besoin, le contrôle des gros vaisseaux à tout moment, de l'axe veineux réno-cave en particulier, la recherche des ganglions envahis.

En fait, le fin mot de l'évaluation du pronostic appartient à l'étude anatomo-pathologique de la pièce. La classification d'ARNER a été retenue, basée sur la limitation de la tumeur même, et le degré de différenciation cellulaire.

De même qu'ARNER retient comme éléments péjoratifs :

- une tumeur de plus de 7 cm,
- une tumeur polymorphe,
- des mitoses trop nombreuses,

ou qu'il existe un envahissement de l'axe réno-cave.

Cependant, en ce qui concerne la thrombose veineuse, il a été établi que si elle se situe aux degrés de malignité élevée, elle ne constitue pas un facteur péjoratif supplémentaire.

Telle est la liste des facteurs du pronostic devant être envisagés pour aboutir à une appréciation du pronostic ; celui-ci ne peut être amélioré que par une meilleure connaissance de ce cancer et une meilleure technique chirurgicale. Surtout, il ne doit pas être question de "reporter à six mois" ces cas



cliniquement ou radiologiquement suspects, mais pousser les investigations ou même faire envisager une exploration chirurgicale du rein. En effet, pour un néphro-épithéliome d'évolutivité donnée, le pronostic sera d'autant meilleur que le diagnostic et la décision thérapeutique auront été précoces.

---

VU & PERMIS D' IMPRIMER :

Le Recteur  
de l'Académie de Paris,  
R. MALLET

Le Doyen de la Faculté  
de Médecine,  
Pr. FOURNIER

Le Président  
de la thèse,  
R. KUSS



B I B L I O G R A P H I E

- AHLBERG N.E., BARTLEY O., WAHLQUIST - Diagnostic angiographique de la thrombose tumorale dans le tronc principal de la veine rénale dans le cancer du rein.  
Acta Chir. Scand., Oct. 1966, 132 : 362-369.
- ARNER O. et coll. - L'adénocarcinome du rein.  
Acta Chir. Scand. 1965, Suppl. 346, 1-51.
- ARNER O. et coll. - L'adénocarcinome du rein. Pro-nostic.  
Acta Chir. Scand, Oct. 1966, 132, n° 4, 370-376.
- ARNER O. et coll. - L'adénocarcinome du rein. Irra-diation post-opératoire.  
Acta Chir. Scand., Oct. 1966, 132, n° 3, 377-383.
- BLOOM et WALLACE - Hormones et cancer du rein.  
Brit. Med. J., 22 Août 1964, 2, 476-480.
- BOURGHELLE T. et PROCA E.- Considérations sur la né-phrectomie partielle pour cancer sur rein uni-que. - J. Urologie, Juillet-Août 1966, 72, n° 7-8, 493-504.
- COUVELAIRE R. - La place de l'artériographie et de la phlébographie cave dans le diagnostic et les indications opératoires du rein.  
Act. Néphrol., Necker, 1966.
- DENOIX P.- Nouvelles tendances dans le diagnostic et



le traitement des cancers.- Cancérologie -  
Revue du Praticien, T. XX, n° 27.

DUFOUR A.- Néphrectomie élargie pour cancer du rein.  
J. Chir. 1963, t. 85, 427-446 et 556-564.

GUENIN J. et WEILER J.- Place et rôle de la chirurgie  
dans le traitement des cancers.  
Rev. du Prat., T. XX, n° 27.

HUDGINS et COLLINS - La radiothérapie pour le néphro-  
épithéliome.- Amer. J. Roentgenol. 1966, 92/3  
620-625.

LARGE J. et D.- Cancer du rein.  
E.M.C., Appareil urinaire, 9, 1968, 18096 A<sup>10</sup>.

MIMS, CHRISTENSON, SCHLUMBERGER et GODWIN - Résul-  
tats à dix ans des néphrectomies pour cancer  
extensif des cellules rénales.  
J. of Urol., Janv. 1966, 95, n° 1, 10-18.

QUENU L.- La néphrectomie par voie abdominale trans-  
péritonéale.  
Mém. Acad. Chir. 1967, 93, 193-197.

RICHERS E.- Traitement du cancer parenchymateux du  
rein.- J. Urol. (Baltimore) 1966, 95/3, 313-317.

RICHERS E.- La place de la radiothérapie dans le trai-  
tement du cancer parenchymateux du rein.  
J. of Urol., Mars 1966, 95, N° 3, 313-317.

RICHERS E.- Tumors of the kidney.  
In "Encyclopédie d'Urologie", XI/1, Springer,  
édit., Berlin (Heidelberg et Göttingen), 1967.

ROBSON, CHURCHILL, ANDERSON - Les résultats de la né-  
phrectomie pour N.E.-  
J. Urol. (Baltimore) 1969, 101/3, 297-301.

SCHAPIRA, OPPENHEIMER - Disparition spontanée de mé-  
tastases pulmonaires dans un hypernéphrome.  
J. Mount-Sinaï Hosp., Janv.-Fév. 1967, 34, n°



11-16.

TALLEY, DETROIT - Traitement du néphro-épithéliome métastatique.

J. Amer. Méd. Ass. 1969, 207/2, 322-329.

WOODRUFF, WAGLE - Etat actuel de la chimiothérapie pour cancer rénal avancé.

J. of Urol., Avril 1967, 97, n° 4, 611-618.





